

下仁田町インフルエンザ任意予防接種費用助成交付申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者 (保護者)

住 所 下仁田町大字

氏 名 ⑩ 続柄

電話番号

インフルエンザ任意予防接種費用の助成を受けたいので、下仁田町インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被接種者

氏 名 (性別) 生 年 月 日	住 所	今季インフルエンザについて	
		罹患の有無	ワクチン接種歴
(男 ・ 女) H・R 年 月 日 (歳)	下仁田町	有 ・ 無	有 ・ 無
(男 ・ 女) H・R 年 月 日 (歳)	下仁田町	有 ・ 無	有 ・ 無
(男 ・ 女) H・R 年 月 日 (歳)	下仁田町	有 ・ 無	有 ・ 無
(男 ・ 女) H・R 年 月 日 (歳)	下仁田町	有 ・ 無	有 ・ 無

接種予定医療機関	
----------	--

※町処理欄

■対象条件確認

■予診票交付 月 日 [処理者]